

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE 1101

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

VAISSIÉ André

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 9 Mai 1912 au Puy (Haute Loire)

CONTRIBUTION

au Diagnostic des Appendicites Chroniques

ETUDE CLINIQUE et RADIOLOGIQUE

de CERTAINS de LEURS SIGNES

Président : M. LEMIERRE, Professeur.

M. GERMAIN, Imprimeur-Editeur

92, Rue de Rennes, Paris - VI°

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

VAISSIÉ André

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 9 Mai 1912 au Puy (Haute Loire)

CONTRIBUTION

au Diagnostic des Appendicites Chroniques

ETUDE CLINIQUE et RADIOLOGIQUE

de CERTAINS de LEURS SIGNES

Président : M. LEMIERRE, Professeur.

M. GERMAIN, Imprimeur-Editeur

92, Rue de Rennes, Paris - VI°

1939

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutiques générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL - LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LCEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	JENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance Médico-Sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri) ..	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) ..	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY - VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT - DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY - BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU - LEMAIRE	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCC	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VAL- LERY - RADOT..			
SEZARY			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

In memoriam

A MA MERE

En témoignage de ma profonde
reconnaissance.

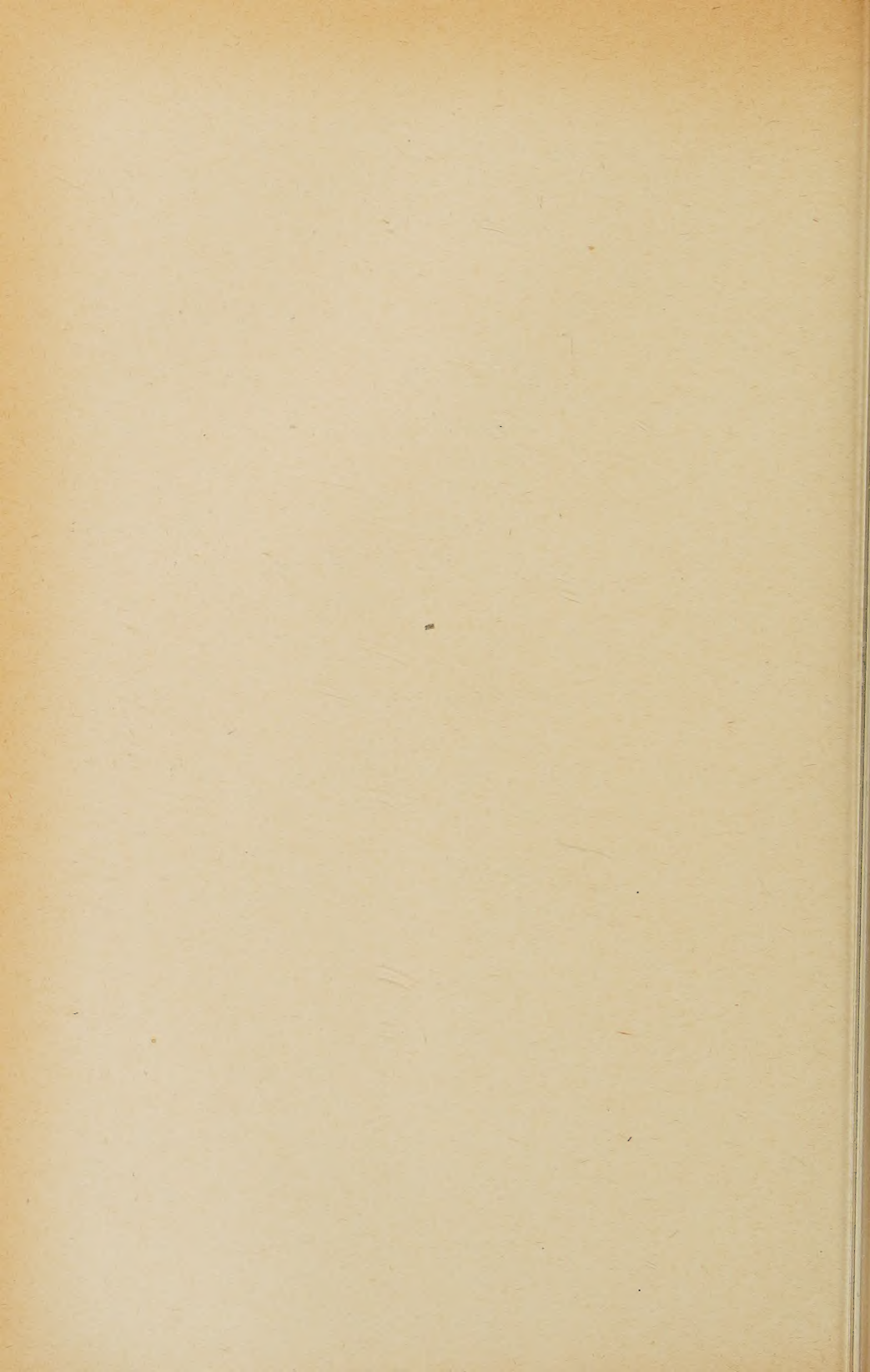
A MON ONCLE

LE DOCTEUR BROCCQ,

*Professeur Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux*

qui a bien voulu me guider par
ses conseils éclairés.

MEIS ET AMICIS



A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

Professeur de clinique à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard

Membre de l'Académie de Médecine

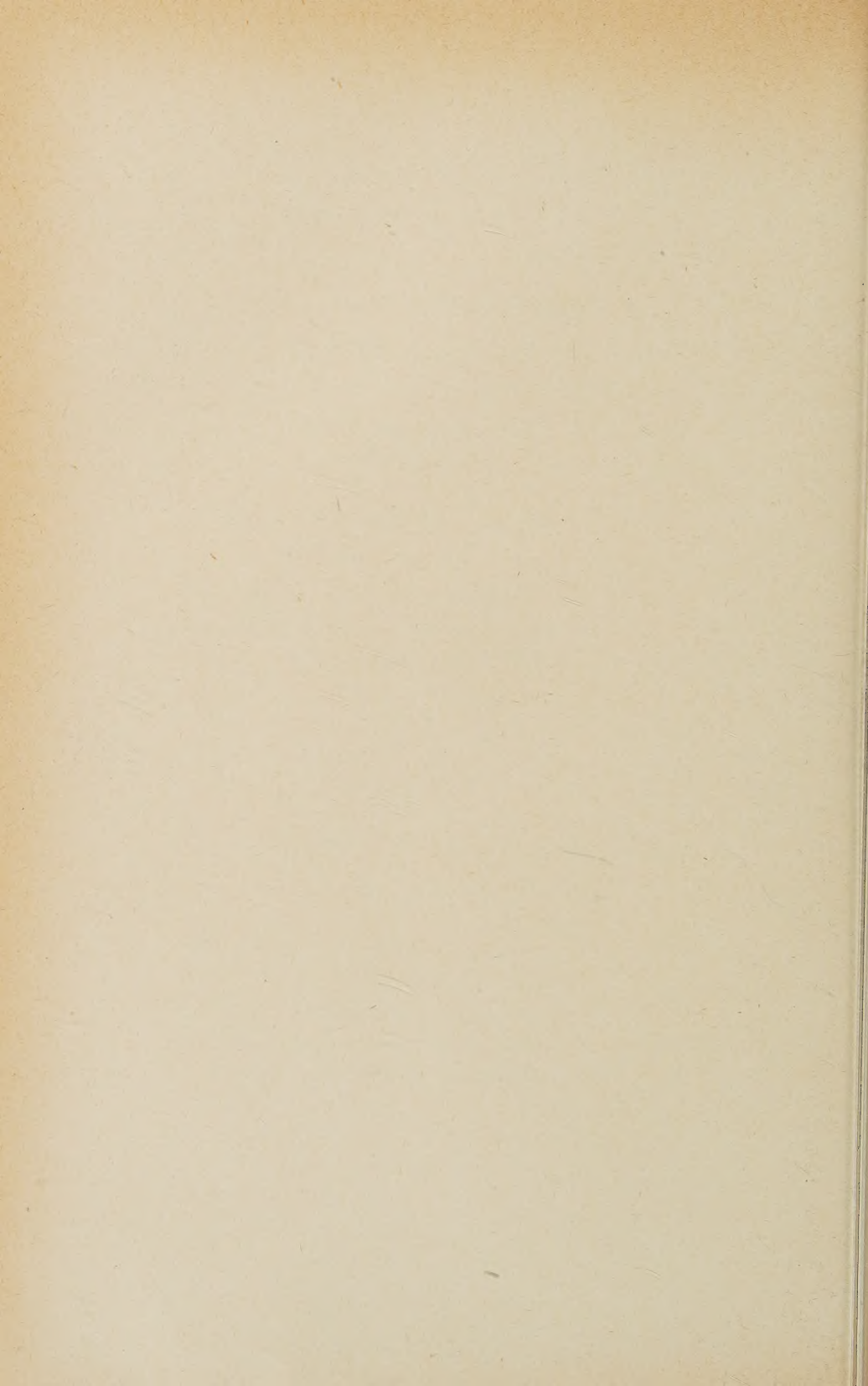
qui nous fait le grand honneur de
présider cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'hommage de notre reconnaissance
et de notre profond respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BRODIN

Médecin des Hôpitaux

En reconnaissance de son précieux enseignement et en témoignage de ma profonde gratitude pour m'avoir fait l'honneur de me confier ce travail.



A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
(Stage et Externat)

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR,

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT,

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

MONSIEUR LE DOCTEUR CAIN

MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND-DELILLE

MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR

INTRODUCTION

Le diagnostic des crises appendiculaires est habituellement aisé, l'intervention facile. Malgré cela, l'appendicite est la cause, chaque année, d'un grand nombre de décès : ce sont des appendicites graves, des appendicites apparaissant chez des sujets dont l'état général est mauvais, des appendicites vues trop tard et compliquées de péritonite. Or, une bonne part de ces appendicites aiguës pourrait être évitée. En effet, dans la majorité des cas, il semble, comme l'a signalé mon maître le Docteur Brodin, comme l'ont également reconnu MM. Babonneix et Comby, que ces crises appendiculaires succèdent dans la majorité des cas à une phase d'inflammation chronique.

Cette inflammation chronique peut durer des mois, des années avant de prendre une allure grave. Les signes en sont alors discrets, mais une étude clinique et radiologique en permet cependant le diagnostic.

Le diagnostic d'appendicite chronique est donc doublement important car il permet d'éviter une crise dont la gravité ne peut être prévue et il met un terme à des troubles d'importance variable qui traduisent cette appendicite chronique.

Mais ce diagnostic est un diagnostic difficile, en effet, autant la crise appendiculaire est dans la majorité des cas facile à reconnaître, autant l'appendicite chronique est d'un diagnostic malaisé.

Les signes iliaques sont en effet discrets, d'interprétation délicate, les troubles fonctionnels sont des signes d'emprunt : signes de colite, manifestations gastriques ou hépatiques. Les signes radiologiques demandent une interprétation avertie.

L'objet de cette thèse est précisément de mettre en valeur les recherches de mon maître M. le Docteur Brodin en matière d'appendicite chronique et de donner avec lui la plus large importance au palper de la fosse iliaque en différentes positions, en insistant sur la palpation en position verticale, et aux signes radiologiques, surtout au syndrome duodénal qu'il a décrit avec l'aide éclairée de Mme Tédesco à plusieurs reprises.

ETUDE CLINIQUE

L'étude clinique de l'appendicite est entreprise pour des troubles très variés : signes d'emprunt les plus divers.

Ce sont en effet souvent des malades qui souffrent d'une colite rebelle, quelquefois discrète, se manifestant par de légères crises colitiques, à intervalles éloignés. Dans d'autres cas, il s'agit d'une colite chronique, avec alternance de débâcles diarrhéiques et de constipation.

Certains malades présentent des troubles hépatiques plus ou moins importants : légères douleurs sous-costales droites, subictère à intervalles plus ou moins éloignés, déficit léger de la fonction hépatique.

D'autres souffrent de douleurs gastriques post-prandiales à type de dyspepsie. Les douleurs peuvent parfois être violentes, régulières dans leur apparition et leur durée, simuler plus ou moins loin une atteinte ulcéreuse de l'estomac ou du duodénum.

A première vue, de tels signes ne feraient pas penser directement à la possibilité d'une appendicite chronique. Cependant, en l'absence d'une cause nette, révélée par l'examen, le diagnostic d'appendicite est évoqué.

Sur quels signes se baser pour l'établir? C'est là l'objet de longues discussions sur lesquelles les auteurs sont bien loin de s'être mis d'accord.

Les renseignements sont de deux ordres :

— Ceux fournis par l'étude clinique que nous allons envisager, et ceux que donne l'examen radiologique que nous verrons plus loin.

Il nous a paru intéressant d'isoler parmi tous ces signes ceux que M. le Docteur Brodin et Mme Tédesco ont reconnu être les plus constants et les plus sûrs.

L'examen clinique est simple, encore faut-il qu'il soit

fait avec soin, en prenant certaines précautions.

Il consiste dans la recherche d'un point douloureux au palper de la fosse iliaque droite. Cette recherche doit être faite d'abord sur le malade couché. En un point correspondant approximativement au bord interne du caecum, il réveille une douleur souvent de faible intensité qui risquerait de passer inaperçue. Il faut procéder au même examen en position debout. C'est là un point souvent négligé sur lequel il convient d'insister. Cet examen présente un double avantage : il permet de constater que le point douloureux s'abaisse dans la position debout et surtout il détermine une douleur beaucoup plus nette, beaucoup plus caractéristique, très limitée dans son siège, entraînant un mouvement de défense avec flexion du corps en avant, parfois même, assez intense pour déterminer une tendance syncopale. Mais la constatation de la douleur localisée iliaque n'est pas constante; elle peut manquer surtout dans les appendicites rétrocaecales dont l'infection chronique est particulièrement fréquente.

D'autre part, un point douloureux peut exister sans être le signe d'une appendicite chronique. Les causes d'erreur sont fréquentes. Les typhlites, les affections du grêle, celles de l'ovaire droit, les lésions rénales, la douleur à la palpation de l'artère iliaque externe s'accompagnent en effet des mêmes signes de douleur iliaque.

Il importe donc d'écarter toute cause de douleur localisée de la fosse iliaque droite et c'est là souvent un problème difficile.

L'examen clinique peut donc être à l'origine d'erreur : faire croire à une appendicite inexistante, faire écarter le diagnostic d'appendicite parce qu'il n'existe pas de point douloureux.

C'est dire que si la valeur d'un tel examen est indiscutable, il ne permet cependant pas d'affirmer la présence d'une affection chronique de l'appendice.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

L'examen radiologique prend donc une grande importance. Il est le complément indispensable de l'examen clinique, mais là encore les recherches sont délicates, l'interprétation pleine de difficultés.

De nombreux signes radiologiques ont été décrits : les uns directs se rapportant à un appendice injecté et visible, les autres indirects, les plus nombreux.

Il semblerait donc que l'appendicite soit aisément reconnue par leur constatation, mais en fait ces signes sont discutables et le grand intérêt de l'étude de M. le Docteur Brodin et de Mme Tédesco est d'avoir défini avec une parfaite clarté, un véritable syndrome duodénal réflexe, d'apparition très fréquente, dont la présence doit faire penser au diagnostic d'appendicite chronique, les autres troubles du transit paraissant presque contingents, soit qu'il s'agisse de signes de signification indiscutables mais rares, soit qu'il s'agisse de signes discutables.

Une courte revue des différentes études radiologiques de l'appendicite chronique s'impose avant la description du syndrome gastro-duodénal que nous décrirons beaucoup plus longuement.

Les signes directs présentent une grande valeur. Malheureusement, ils sont relativement rares.

La technique la plus usuelle consiste dans l'examen de l'appendice après ingestion de 200 ou 300 gr. de substance opaque. L'accord n'est pas fait sur le temps que met l'appendice avant d'être injecté. Il semble que des examens espacés : 6 heures, 9 heures, 12 heures ou 24 heures après le repas opaque donnent les meilleures chances de le voir. Mais l'appendice sain n'est pas toujours visible. Kadrnka et Šarasin le voient dans 76 % des cas. Trémollières et Joula, dans 75 % des cas. Hen-

zelmann, dans 50 % des cas. Laroche, Brodin et Ronneaux, chez 10 % de leurs malades. Il semble donc que, si l'appendice sain est souvent injectable, l'appendice malade l'est très rarement.

La douleur provoquée par pression au niveau de l'appendice visible, signe de très grande valeur, ne peut donc qu'être un signe rare. Il en est de même pour l'étude de la mobilité d'un tel appendice qui peut, dans une certaine mesure, préjuger de sa fixité, acquise ou congénitale.

Le plus souvent, l'appendice n'est pas visible et le seul signe direct que l'on puisse mettre en évidence est la douleur au bord interne du caecum, signe de valeur, mais soumis, bien qu'à un moindre degré, aux causes d'erreur qui peuvent exister dans l'examen clinique.

Les signes indirects sont de plus grande importance.

Le retentissement d'une appendicite se fait à distance, comme nous l'avons déjà dit, sur le caecum, le colon, et le duodénum. Le transit du grêle est retardé.

Nous décrirons brièvement les images du grêle et du caecum et nous nous étendrons beaucoup plus à loisir sur les spasmes duodénaux qui sont l'objet de cette étude.

Certains auteurs se sont attachés plus particulièrement aux modifications du caecum et du transit iléo-cæcal. C'est ainsi que Jacquet, Gally et Poreaux, dans un article de la *Presse Médicale* de février 1930, et Gally et Jacquet, dans un article publié en mars 1931, ont précisé les modifications caecales dues à l'hypertonie segmentaire du caecum et du colon ascendant ainsi que le retard du transit iléal au cours des appendicites chroniques. Ils rappellent les observations qu'en avaient fait Carman et Turries et en dernier lieu Fraikin; ils insistent dans leur première étude sur le spasme colique localisé au caeco-ascendant qui ne dépasse pas l'angle droit

et respecte le transverse et le descendant. Les contours du colon droit sont nets, comme tracés au crayon, contrastant avec l'aspect amorphe, détendu, passivement rempli du gros intestin dans ses autres segments. Ils notent la coexistence d'un tel signe avec un retard du transit iléal : simple retard souvent passé inaperçu, bien loin d'une stase proprement dite. Il s'agit cependant d'un fait très général en matière d'appendicite. La baryte ingérée est en majeure partie contenue dans le grêle à la sixième heure, au lieu de s'être déversée dans le caecum et l'ascendant.

Ultérieurement, ils ont complété leur étude radiologique en insistant sur l'existence de spasmes localisés. L'iléon n'apparaît pas injecté en totalité car la baryte est chassée au point où siège la contracture. Ces spasmes apparaissent plus nets après palpation. D'autre part, le caecum présente un bord interne rectiligne, un bord externe creusé de plusieurs incisures en regard, profondes, bien différentes du relief lobulé du caecum normal. Ils notent également des images de caecum rétracté, déformé en masse, cônique. Ils montrent à l'appui de fort belles images radiologiques. Il n'en est pas moins vrai que ce sont là des signes difficiles à reconnaître, inconstants, comme l'indiquent les auteurs et comme tels de valeur diagnostique discutable.

Par ailleurs ils signalent la fréquence d'atteinte du carrefour pyloro-duodénal coexistant avec une appendicite chronique et, dans le cas d'atteinte simultanée du carrefour inférieur et du carrefour supérieur, ils incriminent l'atteinte première de l'iléo-caeco-appendice. C'est là le point qui nous a paru le plus intéressant car, loin de nous attacher avec M. le Docteur Brodin à définir l'atteinte de l'iléon et du caecum, il nous a paru d'un beaucoup plus grand intérêt de décrire le retentissement

de l'appendicite chronique au niveau du duodénum.

Cette étude a permis de mettre en évidence un véritable syndrome duodénal dont la netteté et la fréquence sont pour nous un des signes essentiels de l'inflammation chronique de l'appendice.

De nombreux auteurs en ont remarqué l'existence, l'ont décrit, souvent avec précision, mais ils ne semblent pas y avoir attaché l'importance et la signification qu'il mérite.

C'est ainsi que Basset en a signalé l'apparition dans un article sur les péri-duodénites en rapport avec une appendicite.

Maingot, en 1931, dans un article de *Paris-Médical*, décrit des signes radiologiques, pyloriques et duodénaux de certaines appendicites chroniques.

Quelques années plus tard, en 1933, dans une étude faite avec R. Sarasin et H. Duclos, il a précisé l'existence de dilatations sous-vatériennes dans la deuxième et troisième portions du duodénum. L'appendice enlevé, tout rentre peu à peu dans l'ordre.

Chirey et R. Jame, traitant des dyspepsies gastriques, relèvent des sténoses duodénales en D₃ en rapport avec des appendicites chroniques.

Pierre Duval et J.-Ch. Roux signalent, dans le *Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie* du 21 novembre 1934, une compression passagère du duodénum par adénopathie mésentérique en rapport avec une appendicite chronique, ayant disparu après ablation de l'appendice.

L'important travail de MM. Kadrnka et P. Barbet sur les péri-duodénites précède de peu l'étude des spasmes duodénaux parue en octobre 1934 et publiée par M. le Docteur Brodin et Mme Tédesco, où ce syndrome est décrit avec soin, interprété avec clarté et rapporté à sa

cause.

En quoi consiste donc ces troubles du transit duodénal?

Ils consistent en spasmes et en arrêts de plus ou moins longue durée, siégeant au niveau du bulbe, au niveau de la deuxième portion du duodénum, à l'angle de jonction de D₂ et de D₃, enfin à l'angle de Treitz. De tous, le plus important de loin est l'arrêt de la bouillie barytée au genu inferius, c'est celui qu'on trouve avec le plus de constance et c'est à sa hauteur que l'arrêt est le plus net.

C'est un arrêt plus ou moins prolongé, suivi du reflux d'une partie de la substance opaque vers le bulbe. A ce mouvement antipéristaltique fait suite un mouvement péristaltique. Il se produit donc un va-et-vient qui est souvent plusieurs fois répété, puis le spasme cède, la bouillie franchit le point d'arrêt sous forme d'une grosse bouchée, résultant de l'accumulation de la baryte dans le deuxième duodénum pendant la durée du spasme. Il arrive d'ailleurs que, dans des cas anciens où les lésions sont plus importantes, il existe une distension du duodénum en ce point avec spasme sous-vatérien. Le spasme persiste aussi bien en décubitus ventral qu'en position verticale. Ces images de spasme duodénal sont connues de longue date mais il ne paraît pas que l'on en ait toujours reconnu la cause. Elle nous paraît le plus souvent liée à une inflammation appendiculaire ou colique droite.

Qu'il s'agisse d'un spasme ou d'une véritable sténose, en quoi consiste ce trouble?

Il paraît lié le plus souvent à un spasme et non à une périoduodénite véritable. Certes, dans les appendicites évoluant de longue date, il n'est pas exceptionnel de trouver une bride plus ou moins large, plus ou moins épaisse, justifiant le terme de périoduodénite. Mais, dans

la majorité des cas récents, où l'infection est de faible intensité, le spasme est lié à une lymphangite et à une réaction ganglionnaire sans organisation scléreuse.

Basset s'est livré à une étude minutieuse des trajets lymphatiques drainant l'appendice et le colon. De Beule en a repris l'étude à propos de la stase duodénale chronique.

Les lymphatiques provenant de l'iléon et du caecum forment trois groupes; très développés, ils suivent le courant sanguin.

1° Groupe inférieur iléo-caecal.

Les collecteurs de l'appendice aboutissent au groupe ganglionnaire iléo-caecal situé dans le mésentère, autour du segment terminal de l'artère iléo-caecale. Les collecteurs caeco-antérieurs apparaissent sur la face antérieure du caecum et aboutissent comme le précédent au groupe ganglionnaire iléo-caecal.

Les collecteurs caeco-postérieurs se rendent au même groupe.

2° Groupe moyen mésentérique.

Il comprend les ganglions situés depuis l'origine de l'artère appendiculaire jusqu'au bord inférieur du troisième duodénum.

3° Groupe supérieur duodéno-pancréatique.

Il est situé au niveau de D₃.

Il est donc aisé de faire le rapprochement entre une lésion appendiculaire ou caecale et les signes duodénaux. Les lymphatiques sont enflammés, les ganglions augmentés de volume. Il en résulte le spasme qui est d'origine souvent double, mécanique et inflammatoire.

De même que, dans toute infection avec retentissement ganglionnaire, la réaction lymphatique peut persister alors que le foyer infectieux primitif a été supprimé.

Il semble donc que la compression de D₃ et la stase qui en résulte, que l'on avait attribuée à la pince mésentérique, doivent céder le pas, dans bon nombre de cas, à une stase par spasme dû à la propagation lymphatique d'une infection caeco-appendiculaire.

La persistance de ce spasme, le malade en decubitus ventral comme en decubitus dorsal, en est le témoignage ainsi que nous l'avons déjà dit.

Il paraît donc incontestable d'attribuer au spasme duodénal une très grande valeur dans l'étude diagnostique de l'affection qui nous intéresse. Mais ce signe est-il à l'abri de toute étude critique? Non, certes, des causes multiples peuvent entraîner une compression du duodénum ou déterminer une réaction lymphatique à ce niveau. Aussi l'arrêt au genu inferius avec mouvement de va-et-vient au niveau de D₂ peut s'observer au cours de certaines cholécystites, d'ulcères du duodénum, de certains cancers de l'antrum pylorique. On a également décrit des périiduodénites bacillaires localisées.

Mais il n'en est pas moins vrai que ce spasme duodénal relève, dans la grande majorité des cas, des inflammations caecales ou appendiculaires.

L'existence d'un tel trouble de l'évacuation duodénale explique les troubles dyspeptiques si fréquents en pareil cas et dont les plus couramment rencontrés sont les douleurs après les repas, le retard de l'évacuation de l'estomac avec hypersécrétion et hyperkinésie.

Elle permet également de comprendre la cause d'un point para-ombilical droit et de concevoir la difficulté du diagnostic d'un ulcère du duodénum avec certaines appendicites chroniques.

Elle permet également de comprendre l'association possible, en cas de lésions très avancées, d'un ulcère duodénal avec une appendicite chronique ainsi que la persis-

tance de troubles dyspeptiques après certaines ablations de l'appendice.

Lorsque le spasme existe à l'état isolé, sans association avec un point iliaque, il doit cependant attirer l'attention sur l'appendice, faire rechercher dans le passé du malade une crise appendiculaire et il commande la surveillance de l'appendice. Lorsque les épisodes digestifs, crises douloureuses passagères, indigestions inexplicables, se répètent, il justifie une intervention préventive.

Quelques-unes des observations recueillies dans le service de mon maître, M. le Docteur Brodin, prises parmi les plus typiques, méritent d'être relatées. Elles sont l'illustration de l'étude des signes que nous nous sommes attachés à décrire.

Il s'agit là d'observations de malades ayant subi avant l'intervention un examen clinique et radiologique qui a permis de porter le diagnostic d'appendicite chronique. Ces malades ont été revus après l'intervention, tant au point de vue clinique que radiologique. La comparaison entre ces examens pré et post-opératoires est pleinement édifiante.

OBSERVATION I

Mme S..., vient consulter dans le service de médecin des Ménages, le 14 juin 1938, pour des troubles digestifs, douleur de la fosse iliaque droite, constipation tenace, alternant parfois avec de petites crises diarrhéiques.

Son appétit est diminué; le retentissement sur l'état général est assez marqué. Depuis plusieurs mois, elle maigrit d'une façon presque continue, parvenant difficilement à reprendre du poids.

Le jour où elle est examinée, elle pèse 47 kg. 300.

L'examen clinique décèle un point iliaque droit, en position debout, beaucoup plus marqué qu'en position couchée.

L'étude du transit digestif montre un estomac petit, hyperkinétique, sans liquide à jeun, sans passage au début. Après décubitus latéral droit, passage de la bouillie barytée dans le duodénum; le bulbe apparaît régulier, il y a un arrêt net au niveau du genu inferius, avec mouvement antipéristaltique de va et vient.

Le diagnostic d'appendicite chronique est porté. L'intervention est pratiquée le 17 juin 1938.

La malade est revue le 20 décembre de la même année.

Son état est alors très modifié. L'état général est excellent; le poids est remonté à 51 kg. 300; la malade ne présente aucune sensibilité iliaque; l'examen clinique est absolument négatif; le transit digestif normal, sans arrêt au genu inferius.

OBSERVATION II

Mme C... est envoyée par son médecin le 26 janvier 1937, pour une douleur de la fosse iliaque droite et pour des douleurs post-prandiales sans caractère très défini.

Elle se plaint en outre de fatigue générale.

Le poids est de 57 kg. 200.

A l'examen clinique, il existe un point douloureux dans la fosse iliaque droite, très net, bien localisé, en position couchée comme en position verticale.

Radiologiquement, évacuation lente de l'estomac avec arrêt marqué au genu inferius; léger mouvement de va et vient.

La malade est opérée le 29 février 1937 et revient se faire examiner en avril de la même année. Les troubles ont disparu rapidement, le poids est de 59 kg. 600, il existe une très légère sensibilité de la fosse iliaque droite au niveau de la cicatrice; le transit digestif apparaît normal, il n'y a plus d'arrêt au niveau du genu inferius.

Etat général excellent.

OBSERVATION III

M. P..., qui est vu pour la première fois en avril 1938, se plaint d'être sujet, depuis plusieurs années, à des crises douloureuses survenant après les repas, d'intensité variable, d'horaire mal défini.

Il se plaint également de pituites matinales.

Son poids est de 67 kg. 600.

A l'examen, il existe un point para-ombilical droit, et un point douloureux dans la fosse iliaque droite qui n'est révélé que par la palpation en position verticale.

L'examen radiologique montre un remplissage en neige de la bouillie barytée, sans passage au début.

Après decubitus latéral droit, la bouillie franchit le pylore mais marque un temps d'arrêt prolongé au genu inferius. Le duodénum paraît un peu dilaté au-dessus du niveau de striction et on perçoit un mouvement de va et vient en D2.

M. P... se fait opérer le 25 mai 1938.

Il est revu le 15 juin 1938. Il n'accuse plus aucun des troubles anciens, si ce n'est une constipation toujours assez marquée; son poids est remonté à 70 kg. 400; il n'y a plus de point douloureux à l'examen de l'abdomen. A l'examen radiologique, on note une ébauche d'arrêt au niveau du genu inferius.

OBSERVATION IV

Mme Z..., examinée le 28 décembre 1937, se plaint de troubles dyspeptiques à type de flatulences post-prandiales,

d'alternance de constipation et de diarrhée. Son poids est de 53 kg. 300.

Cliniquement, l'examen révèle un point iliaque droit, à la palpation, la malade debout et couchée.

Radiologiquement, l'évacuation duodénale est retardée avec un arrêt net au genu inferius et un mouvement de va et vient.

Elle est opérée en janvier 1939.

Revue en mars de la même année. La sensibilité iliaque droite est disparue, les troubles colitiques se sont atténués.

Radiologiquement, l'arrêt au genu inferius est de très courte durée. L'état général est considérablement amélioré, le poids est de 56 kg. 200.

OBSERVATION V

Mme N..., que son médecin envoie consulter le 13 avril 1937, présente des troubles digestifs : régurgitations acides, somnolence post-prandiale, constipation légère.

Elle souffre en outre de douleurs iliaques spontanées.

A l'examen, on constate la présence d'un point douloureux de la fosse iliaque droite et un point para-ombilical droit.

A l'examen radiologique, on trouve un arrêt persistant de la baryte au niveau du genu inferius avec dilatation du 2^e duodénum.

La malade est opérée le 9 juin 1937.

Elle est revue en novembre 1937.

Les troubles fonctionnels ont persisté, l'impression de pesanteur, de flatulence post-prandiale ne s'est pas modifiée, la constipation persiste. La fosse iliaque droite présente une sensibilité diffuse, sans point douloureux particulièrement net, le poids reste stationnaire.

Radiologiquement, l'arrêt au genu inferius persiste, l'évacuation du duodénum est lente, filiforme.

OBSERVATIONS

Il est possible de classer ces observations en trois catégories :

Le premier groupe est formé par les trois premières observations. L'amélioration est considérable. Le point douloureux iliaque a disparu, radiologiquement, l'arrêt au genu inferius a cessé. Les troubles fonctionnels n'existent plus, l'état général est excellent.

Dans la deuxième catégorie, nous classerons la quatrième observation. Les troubles fonctionnels se sont atténués mais persistent cependant; l'arrêt au genu inferius s'est estompé, il n'y a plus de douleur iliaque.

La cinquième observation forme la dernière catégorie. Les troubles fonctionnels se sont à peine atténués, l'arrêt au genu inferius persiste; les troubles colitiques sont marqués.

Mais il importe, pour juger de la fréquence de ces différentes éventualités, de se reporter à la statistique faite par M. le Docteur Brodin de 1934 à 1939.

Cette statistique porte sur 647 malades. Sur ces 647 malades, il lui a été possible d'en retrouver 376; sur ces 376, 298 se sont fait opérer, 78 n'ont pas suivi ses conseils. Chez tous les opérés, il a pu compléter l'étude clinique et radiologique par les constatations faites au cours de l'opération et dans un grand nombre de cas par une nouvelle étude du transit, quelques semaines ou quelques mois après l'opération. Chez tous ces malades l'appendice était nettement atteint. Dans la plupart des cas il apparaissait rouge et inflammatoire, il existait des adhérences allant d'un simple voile membraneux à des brides importantes engainant complètement l'appendice, le fixant, en position anormale, coudé ou contourné.

Fréquemment il existait des ganglions inflammatoires. Dans 25 % des cas, l'appendice était en position rétro-caecale. Sur les 298 opérés, 264 ont apparu complètement guéris; tous leurs troubles ont disparu, la fosse iliaque droite est indolore, le transit duodénal apparaît tout à fait normal. 34 d'entre eux ont conservé des malaises vagues. Nous avons procédé, chez la plupart, à un nouvel examen afin de rechercher la cause de ces troubles persistants : troubles gastriques, hépatiques, colitiques. L'analyse de ces différents cas nous a clairement montré que la persistance de ces troubles ne paraissait plus liée à des lésions iléo-caecales persistantes, mais étaient généralement sous la dépendance des retentissements à distance que l'on observe dans l'appendicite, retentissements ayant entraîné des adhérences, lésions anciennes, que la simple ablation de l'appendice ne peut pas guérir.

Les constatations anatomiques faites chez les malades opérés expliquent la persistance de ces troubles.

Certes, les éclaircissements qui ont été récemment apportés dans l'étude des appendicites chroniques, mériteraient un beaucoup plus grand développement, mais les circonstances nous ont forcé à un travail un peu hâtif que nous espérons reprendre quand les événements deviendront plus favorables.

CONCLUSIONS

1° L'étude d'un très grand nombre d'observations entreprise depuis plusieurs années nous permet de conclure à la réalité clinique et anatomique de l'appendicite chronique.

2° Il nous paraît certain que la plupart des drames appendiculaires s'observent chez des sujets déjà porteurs de lésions anciennes méconnues dont le diagnostic était possible.

3° Ce diagnostic repose :

a) sur la constatation d'une douleur iliaque déterminée par la palpation en position verticale aussi bien qu'en decubitus dorsal;

b) sur l'étude du transit duodénal qui montre, dans le plus grand nombre des cas, un arrêt au genu inferius, et un mouvement de va-et-vient au niveau du deuxième duodénum.

4° Après l'intervention, la guérison complète se voit dans la très grande majorité des cas, une amélioration notable chez un certain nombre de malades.

Vu : *Le Doyen*,
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de la Thèse*,
LEMIERRE.

Vu : *Le Recteur*,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- A. BASSET. — Périduodénite et appendicite. (*Arch. des maladies de l'appareil digestif*, 1925, t. 15.)
- DE BEULE FRITZ. — Stase duodénale chronique. (*Rapport à la Société belge de gastro-entérologie*, Gand janv. 1932.)
- P. BRODIN. — Spasmes duodénaux de l'appendicite chronique et inflammation du colon droit. (*Rev. méd.*, oct. 1934.)
- BRODIN et Mme TEDESCO. — Les périduodénites d'origine appendiculaire, diagnostic clinique et radiologique. (*Arch. des Maladies de l'appareil digestif*, t. 24, n° 4.)
- P. BRODIN et AUBIN. — L'appendicite chronique, son diagnostic par la palpation abdominale en position verticale et la mise en évidence d'un arrêt au genu inferius par l'étude radiologique de la traversée digestive. (*Bull. Mém. de la Sté Médicale des Hôp. de Paris*, Séance du 7 juillet 1939.)
- CARMAN. — The roentgen diagnosis of diseases of the alimentary canal. (Philadelphie 1921.)
- DJIAN. — (*Thèse de Paris* 1935.)
- J. DUCUING et P. FABRE. — (*Arch. des maladies de l'appareil digestif*, t. 26, Juin 1936.)
- FRAIKIN. — Déséquilibre du ventre et appendicite chronique. Maloine 1938.
- JACQUET, GALLY et PORREAUX. — Le retard du transit iléo-coecal et l'hypertonie segmentaire du coeco-ascendant dans les rapports avec l'appendicite. 1931.
- KADRKA et BARDET. — Les périduodénites d'origine appendiculaire diagnostic clinique et radiologique. (*Arch. des maladies de l'appareil digestif*, 1924, t. 24.)
- LAROCHE, BRODIN et RONNEAU. — Etudes critiques de l'appendicite chronique. Importance de l'examen scopique. (*P. M.*, 8 avril 1931.)

LENOIR, GILSON et S. PARMENTIER. — De certains spasmes localisés de la région pylorique et duodénale révélés par la radiologie. (*III^e Congrès International de Radiologie*. Paris 1931.)

MAINGOT. — Signes radiologiques pyloro-duodénaux de certaines appendicites chroniques. (*P. M.* 1931.)

MAINGOT, R. SARASIN et H. DUCLO. — Exploration radiologique des colons et de l'appendice au moyen des solutions flocculantes. (Masson 1935.)

TURRIES. — Les spasmes coliques. 1926.

